

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1912-1913 — N° 104.

DE LA
CHOLÉCYSTITE SUPPURÉE
D'ORIGINE CALCULEUSE
CHEZ LES VIEILLARDS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 juillet 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alphonse MAYOLY

Ex-interne des hôpitaux de Grenoble
Ex-prosecteur à l'École de médecine de Grenoble
Lauréat de la Faculté des Sciences

Né à Gap (Hautes-Alpes), le 28 décembre 1885



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25
PARIS

1913

DE LA
CHOLÉCYSTITE SUPPURÉE
D'ORIGINE CALCULEUSE
CHEZ LES VIEILLARDS

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1912-1913 — N° 104.

DE LA

CHOLÉCYSTITE SUPPURÉE

D'ORIGINE CALCULEUSE

CHEZ LES VIEILLARDS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 juillet 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR



Alphonse MAYOLY

Ex-interne des hôpitaux de Grenoble
Ex-prosecteur à l'École de médecine de Grenoble
Lauréat de la Faculté des Sciences

Né à Gap (Hautes-Alpes), le 28 décembre 1883



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25
PARIS

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. Doyen.
COURMONT (J.). Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE,
PIERRET, BEAUVISAGE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER. ROQUE. BARD. PONCET. JABOULAY. FABRE. ROLLET. NICOLAS. LÉPINE (Jean). WEILL. POLLOSSON (A.). CLUZET. HUGOUNENQ. MOREL. MOREAU. GUIART. TESTUT. RENAUT. MORAT. COLLET. LESIEUR. PAVIOT. POLLOSSON (M.). COURMONT (P.). LACASSAGNE. COURMONT (J.). PIC. FLORENCE.
Cliniques chirurgicales	
Clinique obstétricale et Accouchements	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies mentales	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies des femmes	
Physique médicale	
Chimie médicale et pharmaceutique	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	
Anatomie	
Anatomie générale et Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie et Thérapeutique générales	
Anatomie pathologique	
Médecine opératoire	
Médecine expérimentale et comparée	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Propédeutique urologique	GAYET.	—
Déontologie et médecine professionnelle	MARTIN (Et.).	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD.	MARTIN (Et.).	BRETIN.	MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THEVENOT.	GUILLEMARD.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	TAVERNIER.	PIERY, ch...
PATEL.	LATARJET.	CADE.	SAVY, ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. PIC, Président ; PAVIOT, Assesseur ;
MM. VILLARD et PATEL, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A la mémoire de mes chers Grands-Parents
et de mon Oncle VALENTY

A la mémoire du Docteur Charles HODOUL

Médecin de Marine de 1^{re} classe
Chevalier de la Légion d'honneur

Il sut nous faire aimer la médecine. Sa
vie pleine de dévouement aux malheu-
reux sera pour nous un bel exemple.

A mon Père, à ma Mère

Je dédie ce modeste travail en témoi-
gnage d'un grand amour et d'une infinie
reconnaissance.

Je n'oublierai jamais que je leur dois
tout.

A mon Frère Gaston

Étudiant en Pharmacie
Interne des Hôpitaux de Paris

Je souhaite de brillants succès dans
la fin de ses études.

A tous mes Parents et Amis

A mon Président de Thèse :

Monsieur le Professeur PIC

Qui nous fait aujourd'hui le grand honneur de présider notre thèse. Nous le prions d'accepter notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur agrégé PATEL

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse, et nous a aidé de ses conseils. Nous lui adressons nos vifs remerciements pour l'accueil aimable qu'il nous a toujours fait.

A Monsieur le Docteur PERRIOL

Directeur de l'École de médecine de Grenoble
Professeur de Pathologie externe et de Médecine opératoire

Qui nous témoigna toujours une extrême bienveillance.

A Monsieur le Docteur TERMIER

Chirurgien en chef des Hôpitaux de Grenoble
Professeur de Physiologie à l'École de médecine de Grenoble

Chez qui nous avons actuellement le grand plaisir d'être interne et qui a bien voulu nous communiquer une observation inédite dont nous le remercions vivement.

A Monsieur le Docteur SAUVAGE

Chef de Clinique chirurgicale à l'École de médecine

Nous le remercions de toutes ses amabilités et de l'observation inédite que nous lui devons.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux
et à l'École de Médecine de Grenoble

INTRODUCTION

Avant d'étudier particulièrement la cholécystite suppurée d'origine calculieuse chez le vieillard, il nous paraît intéressant de rappeler ce qui a été dit sur une affection qui la touche de très près, la lithiase biliaire chez le vieillard.

Dans toutes les observations que nous avons pu recueillir, nous verrons, à l'ouverture de la vésicule biliaire, s'échapper avec le pus une quantité plus ou moins grande de calculs, ou bien nous les trouverons à l'origine du cystique, mais toujours il y aura lithiase ancienne, où nous trouverons cholécystite.

La fréquence de la lithiase est très grande entre 60 et 80 ans, tandis que la colique hépatique devient plus rare; au point que Sterne a pu dire : « La fréquence de la lithiase biliaire augmente de 20 à 80 ans, tandis que celle de la colique hépatique lui est inversement proportionnelle.

Des conditions mécaniques, organiques, infectieuses expliquent cette fréquence et sont exposées dans la thèse de Lafon. Les femmes sont atteintes beaucoup plus souvent que les hommes.

La lithiase revêt, chez le vieillard, plusieurs formes, dont les principales sont cardio-pulmonaires, abdomina-

les, nerveuses. Qu'à ces formes très fréquentes viennent s'ajouter des causes que nous tâcherons d'établir, mais que nous pouvons prévoir d'origine infectieuse ou toxique, nous aurons une forme suppurée, c'est-à-dire une cholécystite suppurée. Mais sa fréquence ne sera plus comparable à celle de la lithiasé simple; et si Cruveilhier disait que la lithiasé biliaire était une des affections les plus fréquentes de l'espèce humaine (à plus forte raison chez le vieillard) la cholécystite suppurée en sera une complication plutôt rare.

Malgré cette rareté, elle mérite d'être étudiée, car avec une symptomatologie peu bruyante, un minimum de réactions, elle expose à de graves et brusques complications, qu'une intervention opportune a permis d'éviter dans quelques cas. Malheureusement, le diagnostic est difficile, car ces cholécystites se séparent nettement de celles des adultes par une évolution insidieuse, à laquelle on peut attribuer la rareté des cas observés.

La parole de Grisolle : « On ne doit jamais oublier que chez les gens âgés, les lésions les plus graves peuvent coïncider avec un petit nombre de symptômes en apparence très légers » est ici aussi vraie que pour l'appendicite ou les autres affections inflammatoires étudiées chez le vieillard.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

La cholécystite suppurée est surtout fréquente chez la femme, et c'est naturel, puisque c'est chez elle qu'il y a le plus souvent lithiasé biliaire. Parmi les 13 observations que nous avons réunies, on en trouve 11 chez la femme, contre deux chez l'homme, ce qui représente, comme on le voit, une proportion énorme. La cause de ce pourcentage paraît résider dans une intoxication gastro-intestinale plus fréquente chez la femme. La constipation, qui est la règle chez elle, est à la base de cette intoxication due généralement au colibacille. La grossesse, qui est l'état physiologique le plus spécial de la femme, est certainement sans influence, puisque nous trouvons dans nos observations des femmes qui ont eu de nombreuses grossesses, et d'autres qui n'ont jamais accouché, frappées également.

La plupart n'ont pas d'antécédents héréditaires et les antécédents personnels n'ont aucun caractère étiologique, puisque certains s'alitent pour la première fois. Le seul fait notable est une typhoïde (obs. VIII et XIII) et parfois des douleurs fugaces au niveau de la vésicule et du foie, indiquant un trouble dans leurs fonctions et sans doute la formation de calculs.

Et c'est ici que nous touchons à la véritable cause de la cholécystite suppurée chez le vieillard, qui est, à notre avis, l'existence de calculs plus ou moins gros dans la vésicule biliaire. Chez les personnes âgées, ces calculs peuvent être depuis longtemps dans la vésicule, c'est une lithiase prolongée, ou bien de formation récente, lithiase tardive (Lafon). Dans quelques observations, il y a des douleurs dans la région hépatique, un léger ictère remontant à quelques années; ces douleurs et cet ictère semblent indiquer le moment où se sont formés les calculs. D'autres fois, rien jusqu'au moment de l'apparition de la cholécystite n'a troublé la santé du malade. Dans l'un et l'autre cas, c'est à une infection parfois très légère qu'il faut attribuer la formation des calculs.

Au facteur infection, s'ajoutent chez le vieillard des causes mécaniques et chimiques. Les causes mécaniques résidant dans une atonie très marquée de la vésicule qui se vide mal (Durand Fardel), les causes chimiques dans un excès de cholestérine dans le sang.

Une fois le calcul implanté dans la vésicule, dans sa paroi, ou dans le cystique, les mêmes causes qui ont servi à former le calcul, vont concourir à produire du pus dans la vésicule. Suivant que le calcul est ancien ou récent, il faudra soit une nouvelle infection ou un réveil de l'inflammation ancienne, soit une excitation de virulence de l'agent infectieux actuel pour établir une cholécystite suppurée.

D'où viennent ces agents infectieux ? L'infection peut être descendante ou ascendante. Descendante, c'est peu probable, puisque Gilbert et Dominici n'ont pu obtenir le passage dans la bile de microbes injectés dans le sang

ou sous la peau. L'invasion des vaisseaux biliaires par voie ascendante est plus probable ; elle est généralement due au colibacille, qui est le microbe banal des voies biliaires. « Deux conditions, disent MM. Gilbert et Dominici, grande mobilité et extrême abondance, font du bacille d'Escherich le parasite par excellence des voies biliaires. » Ces deux auteurs ont démontré que l'on pouvait produire l'infection de cette région, une cholécystite suppurée ou une angiocholite, non seulement avec le colibacille, mais encore avec le bacille d'Hébert, le streptocoque pyogène, le staphylocoque doré et blanc. Dans l'observation X, la cholécystite semble due à une grippe remontant à trois mois.

Le bacille d'Hébert séjourne dans la bile pendant plusieurs années. Rien d'étonnant que ces bacilles inactifs depuis longtemps reprennent leur virulence, ou soient exaltés par une infection surajoutée, par exemple le colibacille, et allument l'inflammation vésiculaire. Il y a stase dans le bas-fond vésical du vieillard ; il y a irritation par les calculs, tout ce qu'il faut pour donner prise à l'infection.

D'ailleurs, pour les cas où aucun antécédent ne permettrait de trouver une cause à la lithiase et à la cholécystite, les travaux de Gilbert et Lippmann démontrant que la bile que l'on croyait jusqu'alors aseptique est au contraire riche en microorganismes, nous permettent d'admettre une inflammation d'origine tout à fait locale. Ces auteurs ont établi que si la bile ne produit pas de cultures en milieu exposé à l'air, elle donne de riches colonies d'anaérobies à l'abri de l'air. Le *fonduliformis*, le *perfringens* ont une place prépondérante, après eux vient le *fragilis*, *ramosus* et *radiformis*.

CHAPITRE II

CONSTITUTION ANATOMIQUE DE LA VÉSICULE BILIAIRE (TESTUT)

La vésicule biliaire se compose de trois couches, qui sont, en allant de dehors en dedans, une tunique séreuse, une tunique fibreuse, et une tunique muqueuse.

La tunique séreuse, dépendance du péritoine, recouvre toute la partie qui n'est pas en contact avec la fossette cystique.

La tunique fibreuse est constituée par des faisceaux de tissu conjonctif tassés fortement les uns contre les autres et formant une nappe fibreuse. Sur sa face interne se trouve une couche de fibres musculaires lisses enchevêtrées en tous sens. En certains points, ces fibres musculaires peuvent manquer.

La tunique muqueuse revêt toute la surface interne de la vésicule. Normalement, sa teinte est jaunâtre ou verdâtre foncé. La muqueuse a des plis temporaires à l'état de vacuité et permanents de un tiers à un quart de millimètre de hauteur, formant des aréoles.

La muqueuse se compose de deux couches, une superficielle ou épithéliale, une profonde ou chorion. Le chorion est conjonctif, renfermant des vaisseaux, des nerfs

et des éléments lymphoïdes. Il y a en outre des fibres élastiques augmentant avec l'âge.

L'épithélium comprend une seule rangée de cellules cylindriques à plateau finement strié. Certains sont caliciformes; ces cellules contiennent des gouttelettes de graisse, qui seront rejetées plus tard dans la cavité de la vésicule.

Il y a des cryptes descendant plus ou moins profond jusqu'à la fibro-musculaire, et même la dépassant, et enfin des glandes tubuleuses ou tubulo-acineuses.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Parmi les lésions de l'arbre biliaire trouvées chez les malades autopsiées, certaines présentent une grande importance, ce sont celles de la vésicule, comprenant l'étude de la paroi, du calcul, du pus, d'autres sont accessoires, n'offrant qu'un intérêt médiocre, ce sont celles des canaux cystique, cholédoque, hépatique, et celles du foie lui-même.

a) *Lésions de la vésicule.* — Il y a d'abord à envisager deux sortes de cas bien différents :

1° Les cas où la vésicule est une petite poche rétractée et atrophiée sur des calculs; nombreuses sont les observations de Durand-Fardel relatant ces cas; mais ici, la lésion de la vésicule est due à une lente inflammation, où l'évolution fibreuse de la paroi a prédominé et a été favorisée par l'évolution de sclérose générale due à la vieillesse.

Nous ne nous occuperons pas de cette première catégorie, qui n'entre pas dans le cadre que nous nous sommes tracés : l'étude de l'empyème de la vésicule.

2° Les cas où l'on a une grosse vésicule distendue au point de contenir un litre et demi de pus (obs. I), ce sont les vésicules scléro-hypertrophiques de M. Paul Guéniot. Les parois présentent tous les degrés d'épaississement, depuis la paroi blanche, nacrée, épaisse, jusqu'à la pellicule légère prête à se rompre ou doublée et consolidée par des adhérences. Certaines présentent, sur une surface épaisse et blanche, des taches blafardes amincies, ou de véritables ulcérations plus ou moins profondes, n'aboutissant pas à la perforation. Généralement, la couleur verdâtre de la muqueuse a disparu par place et est remplacée par une teinte gangréneuse. L'épithélium est presque toujours desquamé. Les villosités glandulaires ont disparu, la sous-muqueuse est infiltrée de leucocytes, de petits abcès sont répandus dans la fibro-musculaire (obs. VI). Ce sont ces cas qui expliquent la complication, que nous verrons tout à l'heure au chapitre Evolution, de péritonite par cholécystite suppurée sans perforation de la vésicule (obs. VIII). Cruveilhier cite un cas où la paroi s'était gangrenée.

Quelquefois, on trouve la paroi de la vésicule divisée par des cloisons en logettes, de capacité plus ou moins grande, pouvant contenir des calculs. Aux points d'où ces cloisons quittent la paroi vésiculaire, on trouve cette paroi épaissie, elle est au contraire amincie entre deux insertions de cloisons (obs. VI).

Le calcul peut être partiellement enclavé dans la paroi qui lui forme une véritable sertissure.

Extérieurement, la vésicule peut être absolument libre, présentant une séreuse lisse et polie; dans ce cas, elle est facile à palper, et on la sent parfaitement sous la paroi abdominale. Mais elle peut être entourée de solides adhérences la réunissant aux organes voisins, ou à la paroi abdominale.

L'angle hépato-vésiculaire peut être bouché ou rempli de liquide purulent, comme dans le cas de M. Paviot, où « un exsudat lardacé, semi-transparent, d'aspect couenneux, réunissait le fond de la vésicule à la face inférieure du foie. Il s'agissait d'une adhérence péritonéale formée autour d'une petite collection purulente, grosse comme une lentille ».

Des coupes ont été faites par MM. Maurice Lucien et Jacques Parisot dans les parois de la vésicule de la malade dont l'observation porte le n° VII. Voici le résultat de leurs recherches anatomo-pathologiques :

« A l'examen des coupes de la vésicule biliaire, on constate tout d'abord que l'épithélium de la muqueuse a complètement desquamé; il ne reste plus que les couches profondes du chorion recouvertes d'un dépôt amorphe, limitant en dedans les parois de la vésicule. La trame conjonctive du chorion est entièrement infiltrée de lymphocytes; les vaisseaux de cette région sont dilatés.

En dehors, on rencontre la couche musculaire qui est au contraire très bien conservée. Dans les portions favorables, on peut distinguer nettement quatre couches de fibres; deux longitudinales et deux transversales. La plus interne est représentée par des fibres annulaires, la plus externe par des fibres transversales. On ne voit que peu de lymphocytes au milieu des fibres musculaires.

La tunique fibreuse se décompose en deux zones, l'une et l'autre très épaisses, puisqu'elles forment ensemble les quatre cinquièmes de l'épaisseur totale de la vésicule. La plus interne de celles-ci comprend des faisceaux conjonctifs régulièrement parallèles entre eux et dirigés transversalement par rapport à l'axe de la vésicule. Dans cette couche, on rencontre de très nombreuses cellules embryonnaires, surtout abondantes dans le voisinage de la musculuse, où elles forment de petits amas autour des vaisseaux. La plus externe est formée par des travées fibreuses s'entrecroisant sans ordre apparent, de manière à former un réseau à mailles très serrées. Cette couche, au contraire de la précédente, est très riche en vaisseaux, dont on aperçoit les surfaces de section, à l'intérieur desquelles se trouvent de nombreux globules rouges. Nous trouvons encore, dans cette zone et dans le tissu cellulograisieux périvasculaire, de nombreux lymphocytes, groupés principalement autour des vaisseaux.

En définitive, l'épaississement des parois de la vésicule est dû à une prolifération considérable du tissu conjonctif de l'adventice, jointe à une hypertrophie de la tunique musculaire.

Le processus inflammatoire n'a donc pas abouti à une atrophie scléreuse de la vésicule, comme cela se rencontre au cours de la lithiase infectée, mais bien à un type de vésicule scléro-hypertrophique, comme il en a été décrit par M. Paul Guéniot. »

b) *Le pus*. — Le pus se trouve dans la vésicule en quantité plus ou moins grande; on a tous les intermédiaires, depuis la vésicule à peine dilatée jusqu'à la vésicule énorme de l'observation I, qui contenait 1.500 grammes de pus.

La couleur de ce pus est variable. Tantôt c'est un pus épais, verdâtre : « du pus louable », tantôt un pus à peine louche, plus ou moins mêlé de bile. La quantité de bile mélangée au pus varie avec la position du calcul, qui peut obstruer le cystique et le degré plus ou moins grand de sclérose de ce canal. Nous ne parlerons pas des calculs du cholédoque, que nous considérons comme hors de notre sujet. Si le calcul est dans la vésicule, avec cystique perméable, il y aura de la bile mêlée au pus ; si le calcul obstrue le cystique, il n'y aura pas de bile, et le liquide sera plus franchement purulent.

Enfin, le liquide peut être purulent et noirâtre, présenter une odeur fétide (obs. X).

Les études bactériologiques de ce pus, faites jusqu'à aujourd'hui, permettent d'établir que le microbe, généralement en cause, est le coli-bacille, mais il est rare que ce microbe soit à l'état de pureté et on le trouve associé au streptocoque et staphylocoque. Bien que dans l'observation VII, la femme soit une bacillaire, on n'a pas trouvé de bacille de Koch dans le pus.

c) *Les calculs.* — Les calculs observés dans les cholécystites suppurées siègent soit dans la vésicule, soit à l'origine du cystique, ou dans le cystique. Ils sont en nombre variable ; parfois, un seul calcul obstruait le cystique (obs. II et III) ou bien un très grand nombre était répandu dans la vésicule. Leurs dimensions vont de la grosseur d'une noix à des diamètres de quelques millimètres. Ces petits calculs sont généralement plus ou moins enclavés dans la surface interne de la paroi de la vésicule.

Leur couleur est foncée, avec mouchetures claires. La plupart sont jaunes, presque blancs, quand la cholesté-

rine est à peu près pure. Ces calculs clairs seraient ceux qui se seraient formés chez l'individu déjà âgé, dans les cas de lithiasie tardive.

Frerich trouvait dans le sang du vieillard plus de cholestérine que chez l'adulte ; il est donc naturel que les calculs du vieillard contiennent plus de cholestérine que les autres. C'est ce qu'établit une analyse d'un calcul de vieillard faite par M. le docteur Robert pour l'observation VII.

« La composition centésimale de 100 grammes de poudre de ces calculs est la suivante :

Eau.	5 gr.	280
Cholestérine	89	807
Pigments biliaires	3	571
Sels biliaires	0	619
Sels solubles dans l'eau.	0	055
Sels insolubles dans l'eau.	0	396
Matières organiques solubles autres que les sels biliaires.	0	206
Mucus et substances organiques insolubles	0	065

« La teneur en cholestérine est donc supérieure à la normale, qui est d'environ 70 à 80 p. 100 (Ch. Robin.) »

c) *Lésions de l'arbre biliaire.* — A côté des lésions touchant directement la vésicule, on peut rencontrer d'autres lésions de l'arbre biliaire dues à une propagation de l'infection vésiculaire.

Il peut y avoir du pus dans le cystique, le cholédoque, le canal hépatique, quand ces canaux sont restés perméables après l'infection de la vésicule.

Une lésion fréquente venant compliquer la cholécystite, c'est l'angiocholite et l'abcès du foie.

Dans les cas d'angiocholite, le foie est de couleur pâle, avec des plaques hémorragiques, dont le contenu est plus ou moins trouble, depuis la couleur presque normale du sang, jusqu'à celle du pus. Ces lésions, quand elles ont atteint leur dernier degré d'évolution, donnent de petits abcès miliaries.

Les abcès miliaries se rencontrent chez le vieillard, mais on trouve aussi de gros abcès (obs. VII). Ils peuvent provenir soit d'une infection ascendante par les vaisseaux biliaires, soit d'une infection transpariétale due au voisinage de la vésicule infectée, dont les agents microbiens ont traversé la paroi et ont infecté la portion du foie sus-jacente.

CHAPITRE III

SYMPTOMES

Cadéac donne comme symptômes de la cholécystite suppurée chez l'adulte : « 1° des signes fonctionnels et généraux, qui sont des troubles digestifs, de la douleur localisée, de l'ictère très rare, de la fièvre, et enfin, un état général donnant l'idée de manifestations infectieuses. 2° Des signes physiques, qui sont ceux d'une tumeur siégeant au niveau de la vésicule, lorsqu'on explore par la palpation la percussion et la mensuration. »

Mais alors que ces signes fonctionnels et généraux sont très marqués chez l'adulte, où la température atteint 39 à 40°, où la douleur est très vive, au point de ne permettre aucun mouvement au malade, chez les vieillards, rien de semblable. La faiblesse des réactions est un des points principaux que nous nous proposons de mettre en évidence, et qui contraste singulièrement avec la gravité de l'affection qui les touche. C'est ce qui explique le peu d'observations que l'on possède, de cholécystites suppurées chez les vieillards, et dont certaines n'ont été révélées qu'à l'autopsie. Certaines de nos observations sont remarquables à ce point de vue, et se rapportent plus à une insuffisance rénale qu'à une infection vésiculaire.

a) *Signes fonctionnels.* — Au début, il y a des troubles digestifs plus ou moins accusés et parfois très lointains (la malade de l'observation I avait des digestions laborieuses depuis vingt-cinq ans); le sujet se plaint d'éprouver une sensation générale de fatigue mal définie, la perte de l'appétit peut être complète.

Longtemps avant que la cholécystite éclate, on a pu noter un peu d'ictère, qui, joint aux troubles digestifs, semble indiquer le moment où se sont formés les calculs, ou plus simplement le moment où a eu lieu une première infection de l'arbre biliaire; mais les symptômes sont fugaces, peuvent passer complètement inaperçus, et nous voyons dans l'observation III une femme qui ne souffre que depuis un mois.

Ces malades ont été autrefois des constipés, mais au moment de leur entrée à l'hôpital, la plupart présentent de la diarrhée, seuls, les malades n^{os} X et XI ont conservé jusqu'à l'opération une constipation opiniâtre (ce qui en imposait pour une appendicite).

A tous ces prodromes, on peut ajouter quelques douleurs hépatiques vagues, quelques irradiations dans les épaules. Certains mouvements peuvent réveiller ces douleurs ou les augmenter, mais tous ces signes n'ont rien de certain, ils ont pu se produire il y a longtemps, et outre qu'ils sont fugaces, leur absence a pu être totale. Cependant, ils offrent un grand intérêt, car ils mettent sur la voie d'une affection hépatique.

Pendant la période d'état, c'est-à-dire quand la cholécystique est constituée, apparaissent les symptômes capables de permettre un diagnostic quand le malade est jeune, mais chez un vieillard, qui réagit mal, les signes

essentiels d'une infection manqueront bien souvent ou seront très atténués.

La température, ce signe important chez les jeunes, s'élève si peu dans nos observations, que l'on ne croirait pas avoir à faire à des courbes d'infection : $38^{\circ}2$, $38^{\circ}5$, voilà la moyenne; $38^{\circ}7$ une fois (obs. VII) chez une bacillaire portant à ses sommets des lésions de ramollissement. Les rémissions matinales sont peu accentuées; rien de ces températures en clochers qui indiquent les infections.

Les frissons sont de courte durée, peu violents, sauf dans l'observation X, qui nous présente la symptomatologie maxima d'un vieillard.

Pendant cette période d'état, la douleur est la règle, mais c'est une douleur assez légère, rarement spontanée, éveillée par la pression de la région ou les mouvements brusques. Le repos au lit et la glace peuvent suffire à les calmer. Ces douleurs sont mal localisées; on les trouve dans la fosse iliaque droite et le creux épigastrique. Elles peuvent égarer le diagnostic, surtout lorsque, se propageant vers la fosse iliaque droite, elles simulent celles de l'appendicite. Elles revêtent rarement, comme chez l'adulte, la forme de point cystique ou épigastrique; on a de loin en loin quelques lancées, puis des douleurs diffuses. La cause, c'est que « la douleur dépendant de la sensibilité de la muqueuse de la vésicule d'une part, d'autre part, de sa contractilité mise en jeu par les excitants inflammatoires, cette intensité sera faible chez le vieillard puisque chez lui les sensations sont sinon abolies, du moins émoussées ».

A ce moment peuvent survenir quelques vomissements,

dont la gravité indique le degré de réaction péritonéale autour de la vésicule. Légers vomissements, c'est une poussée de péritonite secondaire subaiguë; vomissements abondants, c'est une péritonite aiguë septique, après rupture de la vésicule, ou même sans rupture.

L'ictère est très léger dans les cas où il existe, puisque nous écartons de notre étude les obstructions du cholédoque. Dans un cas que nous signalons, où il y avait ictère à la période d'état, une angiocholite ascendante de même nature microbienne que la cholécystite expliquait cet ictère. Malgré sa faiblesse et sa rareté, ce signe a une valeur, car, à cette époque, comme dans les antécédents, il dirige l'examen vers le foie et la région hépatique. Mais un ictère abondant doit faire penser à une obstruction du cholédoque, ce qui a un gros intérêt, puisque nous verrons que devant cette éventualité, si l'on peut encore opérer le malade, le pronostic doit être très réservé.

b) *Signes physiques.* — Dans les cas de cholécystites suppurées que nous étudions, c'est-à-dire à forme scléro-hypertrophique, il y a généralement tumeur. Quelles sont les qualités de cette tumeur ?

Elle sera plus ou moins bien sentie sous la main, car des causes diverses en permettent l'accès plus ou moins facile :

1° L'état d'embonpoint du malade, qui peut être encore gras, avoir une paroi épaisse; dans ces cas, il peut être difficile de bien sentir la vésicule ou de bien localiser la tumeur que l'on palpe.

2° Les adhérences péritonéales plus ou moins organisées autour de la vésicule; cette péricholécystite adhésive

décrite par Cadéac comme très fréquente chez l'adulte semble être plus rare chez le vieillard, toujours par manque de réactions. Au lieu d'une sorte de gâteau péritonéal recouvrant la poche purulente (et qui fait paraître la vésicule plus grosse qu'elle ne l'est en réalité), nous aurons ici une vésicule qui paraît mince, que l'on sent bien dans la main, et généralement sans adhérences masquant son contour. La peau glisse sur le plan profond, sauf quand le pus cherche un passage vers la peau. On voit alors une peau un peu rouge, luisante et tendue.

La tumeur est mate à la percussion, elle suit les mouvements respiratoires, elle est bas située. C'est une remarque intéressante à faire que celle de la situation basse de la vésicule : c'est une conséquence de la ptose générale que subissent tous les organes abdominaux du vieillard, surtout chez les femmes dont les parois ont été délabrées par des grossesses répétées. Les vésicules contenant quelques centaines de grammes de pus seront perçues sur le bord du grand droit, comme une petite masse arrondie ou allongée en forme de boudin ou de poire ; mais quand il y aura 1.500 grammes de liquide (obs. I), la tumeur descendra dans la fosse iliaque droite et pourra, à gauche, atteindre l'ombilic ou le dépasser.

La sensation de flot est rare. Elle existe dans les grandes vésicules très distendues, et peut, au premier examen, en imposer pour un kyste de l'ovaire. La rénitence est abolie ou très diminuée par la péricholécystite.

La symptomatologie de la cholécystite suppurée du vieillard est donc atténuée dans la plupart de ses signes. Un rapprochement est à établir avec l'appendicite chez les sujets âgés étudiée par Gand,

CHAPITRE IV

ÉVOLUTION

La vésicule étant pleine de pus, et sa paroi commençant à être plus ou moins endommagée par les abcès interstiels ou les plaques gangreneuses que nous avons vus se former à son intérieur, l'ouverture de la vésicule peut survenir d'un moment à l'autre. Mais, suivant comment se fera cette ouverture, l'évolution de la maladie peut revêtir des allures tout à fait opposées comme gravité, quoique dérivant d'un même processus pathologique.

La vésicule et son contenu peuvent rester longtemps sans réaction et rien ne laisse prévoir le moment où surviendra un des modes d'évolution qui vont être étudiés. Nous disons mode d'évolution et non complication, car, dans certains cas, c'est un résultat heureux pour le malade et non une complication.

1° L'infection peut se propager en haut et atteindre le foie soit par les canaux biliaires, soit par contiguïté.

2° La vésicule peut se diriger vers la peau et évacuer son pus à travers la paroi abdominale en laissant une fistule.

3° La vésicule peut, sans avoir été perforée, provoquer une péritonite aiguë mortelle.

4° Il y a ouverture dans la cavité abdominale ou dans un organe voisin.

Le premier mode d'évolution est la propagation de l'infection de la vésicule à l'organe qui est directement en rapport avec elle, c'est-à-dire au foie, par l'intermédiaire des canaux biliaires. Cette infection ascendante détermine une angiocholite pouvant aboutir à la formation d'abcès miliaires dans le parenchyme hépatique, ou même de gros abcès volumineux (obs. VII). L'angiocholite et la cholécystite peuvent évoluer de concert, ou bien la cholécystite débute, et c'est par complication que l'angiocholite ou l'abcès se déclarent.

« Chez le vieillard, cette complication est d'autant plus fréquente que le foie est un *locus minoris resistentie*. En effet, il est facile de se rendre compte qu'à la suite de la lithiasé qui est la règle, qu'à la suite aussi de la cholécystite suppurée, et par l'effet de la sclérose déjà avancée des tissus de tout l'organisme, le foie se trouve peu apte à réagir contre les microbes dont la source est dans la vésicule, et dont les moyens d'accès vers le foie sont largement ouverts. Ceux-ci, trouvant un terrain préparé, ne tardent pas à se répandre dans les canalicules. » Les accidents déterminés par cette angiocholite se confondent avec ceux de la cholécystite; tout au plus la fièvre peut subir une recrudescence, mais peu à peu, dans ce foie sénile, les microorganismes produisent une dégénérescence rapide de la cellule qui ne tarde pas à amener les signes d'une insuffisance hépatique. Dans l'observation VII, la fièvre n'a même pas reparu au moment où l'abcès s'est formé, ce qui fait que pendant la vie le diagnostic est très difficile,

On trouve, dans l'observation VII, un cas d'ouverture spontanée de la vésicule à l'extérieur, avec fistule consécutive. Deux mois après le début des accidents vésiculaires, le 26 mars, la peau est devenue rouge, s'est ulcérée, et une ouverture s'est produite laissant écouler 5 à 600 grammes de pus. Cet écoulement, au premier aspect, ne permit pas de dire s'il provenait de la vésicule ou de tout autre organe; ce n'est que trois mois plus tard, le 17 juin, que l'on trouva des calculs dans le pansement et que le diagnostic fut posé de façon ferme. Jamais il ne s'écoula de bile. La malade meurt le 24 novembre de sa bacillose. A l'autopsie, on trouva de nombreuses adhérences unissant la portion pylorique de l'estomac et la première portion du duodénum à la vésicule biliaire qui avait encore une longueur de 12 centimètres et demi sur 3 centimètres et demi de large. Dans la région de l'ombilic, le colon transverse, abaissé et placé en avant des anses grêles, adhérait fortement à la paroi abdominale. Il s'était donc formé une série d'adhérences très fortes, qui existaient avant l'ouverture de la vésicule et dont le rôle était de canaliser le pus vers la paroi abdominale et l'extérieur en protégeant le péritoine.

« Une sonde introduite dans la fistule permet son incision; nous voyons ainsi que l'orifice de la fistule est situé un peu au-dessous et un peu à gauche de l'ombilic, que le pus a fusé au dehors, exactement au niveau de la ligne blanche, à l'interstice des muscles droits de l'abdomen. Les deux muscles sont demeurés intacts dans leurs gaines aponévrotiques respectives. Le fond de la vésicule vient immédiatement s'accoler sur ce point; il résulte de cette disposition qu'il n'y a pas de trajet fistuleux à pro-

prement parler, pas plus qu'un de ces cloaques interminables entre la paroi et la vésicule. »

En somme, cette femme aurait pu guérir de sa cholestite, après cette ouverture et grâce à elle, si une angiocholite ascendante n'avait amené la formation d'un abcès du foie, et surtout si sa bacillose n'avait été en pleine évolution. Cependant, comme la malade était ici une vieille femme, je crois qu'il y a lieu de faire quelques restrictions sur l'éventualité d'une guérison spontanée, car la durée de la suppuration aurait été très longue et bien difficile à supporter pour un vieillard. Le pronostic est, dans ces cas, assombri par l'écoulement de bile par la fistule cutanée. Fauconneau-Dufresne a fait remarquer cette gravité : « Les malades arrivent à un état de maigreur et d'épuisement qui entraîne rapidement la mort. »

Le troisième mode d'évolution est une complication très grave et qui a dû survenir bien souvent dans des cas restés inaperçus ou attribués à d'autres causes. Nous voulons parler de l'ouverture de la vésicule dans la cavité abdominale ou dans un des organes contenus dans cette cavité. Nous n'avons pu trouver, chez le vieillard, d'observations relatant l'ouverture dans un organe abdominal, mais l'observation XII est un tableau de ces péritonites mortelles dues à l'irruption du pus dans la cavité abdominale.

Ce mode d'évolution est commun à toutes les collections purulentes de l'abdomen et dans le cas particulier des cholestites s'il a été observé rarement chez le vieillard, il est très fréquent chez l'adulte. C'est en prévision de ces ruptures possibles et pour les éviter que s'organisent autour de la vésicule de solides adhérences péritonéales.

Mais il est démontré aujourd'hui qu'il n'est pas nécessaire pour que l'infection péritonéale ait lieu qu'il y ait rupture de la vésicule et inondation du péritoine par le pus. « Il peut y avoir péritonite aiguë septique et mortelle d'origine vésiculaire sans perforation du cholécyste. » L'évolution est, dans ce cas, rapide (obs. VIII) et, bien qu'il s'agisse d'une femme de 66 ans, on a une température de 39°4, parce que la malade était au début d'une péritonite grave. Le ventre restant souple, sans défense de la paroi, on ne posa pas de diagnostic. M. Paviot, qui avait eu connaissance des faits, pensa que la mort était due à une péritonite généralisée aiguë d'origine vésiculaire; l'autopsie vérifia son diagnostic.

Cette péritonite a eu peu de symptômes, mais elle a été excessivement grave, puisque, en moins de deux jours, elle a tué la malade. Les seuls faits pouvant, dans ce cas, mettre sur le diagnostic, sont des antécédents hépatiques, des coliques, ou un peu d'ictère.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

D'après le peu de symptômes qui se trouvent réunis pour un cas de cholécystite suppurée chez un vieillard, et surtout étant donné leur caractère insidieux et fugace, on voit combien peut devenir difficile le diagnostic de cette affection. Il peut y avoir absence complète de température ou une élévation de quelques dixièmes seulement, frisson très léger, douleur assez mal localisée au flanc droit, aux lombes, à l'épigastre, ou même dans la fosse iliaque, au point de Mac Burney. Tout cela n'attirera pas l'attention sur une vésicule si le malade n'accuse aucun antécédent hépatique, s'il n'a jamais eu de colique ou d'ictère. L'ensemble des symptômes pourra simuler, par exemple, une appendicite; et, en prenant un cas très grave, la péritonite due à une perforation de la vésicule : « Le malade pourra mourir de sa péritonite, on pensera plutôt à une perforation intestinale qu'à une perforation de la vésicule. »

Voyons les principales affections qui ont été confondues avec la cholécystite suppurée, ou qui peuvent l'être, par une fausse interprétation de quelques symptômes.

Quand la fièvre est le fait principal, l'allure de la courbe

thermique permettra de différencier la cholécystite d'un accès de paludisme. Dans la cholécystite le maximum de température est le soir; la quinine est sans effet.

Un examen soigné des organes urinaires, des urines, fera écarter les accès fébriles dus à des lésions vésicales ou prostatiques. Chez ces malades, la langue rôtie, le facies urinaire sont assez caractéristiques; les antécédents achèvent de fixer le diagnostic.

La douleur, par la diversité de ses localisations, est, de tous les symptômes, celui qui pourra le plus égarer. Dans les cas où elle apparaît nettement localisée sur le rebord costal droit, elle met immédiatement sur la voie de quelque chose d'hépatique, et s'il y a tumeur, on pense à la vésicule; mais quand elle siège dans la fosse iliaque, au point de Mac Burney, ou à l'épigastre, on admettra volontiers une douleur appendiculaire ou gastrique.

Le diagnostic devra souvent être fait avec l'appendicite. Nous avons déjà indiqué que chez les vieux, le foie ptosé rabaisait la vésicule, d'autre part, il y a des appendices en position haute, si bien qu'il sera parfois difficile de savoir lequel des deux organes est en cause. L'appendice et la vésicule subissent d'ailleurs, du fait de l'inflammation, des déformations qui changent leur topographie normale. Adenot a décrit ces cholécystites à forme appendiculaire; Dreyfuss a séparé les deux affections.

S'il y a eu de l'ictère, ou si les urines ont attiré l'attention sur le foie, « c'est un vrai soulagement pour l'esprit du médecin », le diagnostic devient facile; mais lorsque toute symptomatologie hépatique est absente, l'erreur est facilement commise. Dans les observations n^{os} X et XI, les symptômes étaient ceux d'une appendicite; c'est à l'ou-

verfure seulement qu'on constata la cholécystite dans l'observation XI, et le diagnostic a été fait grâce aux antécédents (obs. X).

La colite suppurée mérite une place à côté de l'appendicite; les troubles fonctionnels de l'intestin permettront de faire le diagnostic. D'autres fois la rupture vésiculaire amène une péritonite généralisée, et l'on croit à une perforation intestinale (obs. XII).

En général, c'est la mobilité de la tumeur, la continuité de la matité hépatique et de celle de la tumeur sans interposition d'une bande sonore entre les deux qui fait faire le diagnostic Dreyfuss). Dans les abcès de la région antéro-inférieure du foie, la tumeur est peu mobile et fait bloc avec le foie.

La pneumonie droite, par son point, sa température, pourrait égarer le diagnostic, la congestion pulmonaire compliquant quelquefois les affections biliaires.

Quand il y a tumeur, le diagnostic est à faire avec toutes les tumeurs de la région.

Le kyste hydatique est rare, il y a frémissement. Les néoplasmes de la région sont plus fréquents : pylore, pancréas, duodénum et même vésicule. La cachexie de ces malades, leur teint jauné se rapprochent de l'état du vieillard atteint de cholécystite; mais, dans toutes les tumeurs néoplasiques, les signes d'inflammation seront absents, la température sera absolument normale, il n'y aura pas de fluctuation. Le néoplasme suppuré de l'angle droit du côlon devra être spécialement examiné. La tumeur est plus profonde, plus dure, plus bosselée qu'une vésicule. Les troubles gastro-intestinaux indiquent l'obstruction plus ou moins grande; il peut y avoir du mé-læna.

Les malades observés étant surtout des femmes, il y aura lieu d'envisager un cas de rein mobile; surtout s'il y a hydronéphrose, l'erreur sera facile. Cependant le rein mobile n'est pas douloureux à la pression, on peut le saisir entre les deux mains. Un abcès périnéphrétique donnerait un grand nombre de signes de cholécystite, mais la tumeur serait généralement plus profonde que chez nos malades où l'on a la vésicule sous la main.

Dans notre observation n° I, la tumeur étant rénitente, volumineuse, descendant jusqu'à la crête iliaque, légèrement douloureuse, on porta le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu. Le toucher vaginal ne relevant rien d'anormal dans les culs-de-sac, l'utérus n'étant pas attiré en haut et restant très libre, on porta le diagnostic de vésicule distendue en imminence de suppuration.

Les réactions péritonéales assez violentes qui accompagnent certaines cholécystites suppurées peuvent simuler une hernie étranglée.

En somme, ce qui permet, chez le vieillard, d'établir le diagnostic peut se résumer ainsi :

Des antécédents lithiasiques, même légers (ictère, colique).

Des accès fébriles plus ou moins accentués.

Une douleur localisée au rebord costal.

Une tumeur sentie en général sous la peau et très mobile, surtout quand il n'y a pas péricholécystite.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Et maintenant, quel va être le traitement à appliquer à la cholécystite suppurée chez une personne âgée, une fois notre diagnostic posé ? L'avis de M. le professeur Patel est que ce traitement doit être chirurgical, mais en faisant certaines remarques.

Il faut qu'il y ait cholécystite suppurée, intéressant seulement la vésicule, sans obstruction du cholédoque.

L'opération doit être la plus simple possible, se réduire au minimum pour éviter de shocker le malade.

Si l'on est obligé de rechercher le cholédoque et le cystique, l'opération prend une gravité vraiment trop grande pour un vieillard. Tandis que l'ouverture pure et simple de la vésicule avec évacuation du pus, des calculs, et drainage, sera bien supportée. Nous donnons, dans nos observations, quatre cas de guérison parfaite (obs. I, IX, X et XI) sur cinq cas opérés. L'observation XIII, qui constitue le cas opéré sans succès, était intéressante à publier, car elle montre que l'opération fut pratiquée dans des conditions aussi favorables que les autres, mais il y avait des calculs dans le cholédoque ; il y eut cathétérisme et, immédiatement, la gravité de l'opération amena la mort

du malade. Le pronostic est donc absolument différent s'il y a des calculs dans le cholédoque ou s'il n'y en a pas.

Donc, il apparaît clairement que lorsqu'il y a du pus dans la vésicule on a intérêt à opérer même chez un vieillard. Et la phrase de Molière, disant que la hernie étranglée est la seule opération à pratiquer sur les vieux, doit aujourd'hui s'étendre à la cholécystite suppurée comme elle s'étend à l'appendicite, par exemple, car le danger que court le malade porteur d'une vésicule pleine de pus n'est pas moindre que celui couru par le herniaire, et l'opération n'est pas plus grave pour le premier que pour le second.

Cette opération doit être excessivement simple et se réduire au minimum, car il ne faut pas oublier que le malade est un vieillard et un infecté, mais un infecté local. Or, deux opérations sont pratiquées sur la vésicule : la cholécystectomie ou ablation de la vésicule, et la cholécystostomie.

Nous sommes d'avis que la cholécystostomie est, pour un vieillard, l'opération de choix. Nous avons recherché, dans la *Revue de Chirurgie*, les comptes rendus d'opérations pratiquées sur la vésicule infectée, et nous n'avons trouvé qu'un cas où il était fait allusion au vieillard.

Parlant de l'opération de choix en présence d'une vésicule infectée, le docteur Blanc (*Revue de Chirurgie*, 1910) conseille la cholécystectomie, tandis que la cholécystostomie est l'opération d'urgence ou le premier temps d'une cholécystectomie chez les grands infectés. Il ajoute que, pour le vieillard, la cholécystostomie est largement suffisante.

Sloker de la Kova (*Revue de Chirurgie*) pense que la

cholécystostomie bien drainée suffit, même pour l'adulte.

Imbert, dans un bulletin de la Société de Chirurgie de Marseille (*Revue de Chirurgie*, 1906), dit : « La cholécystostomie n'est qu'un pis-aller et ne doit être employée que quand l'état du sujet ne permet pas une opération plus complète. Dans ce cas, il faut bien vider les calculs, car un seul calcul empêche la cicatrisation de la fistule. »

La cholécystostomie a été faite pour les quatre malades dont la guérison a prouvé que l'opération était suffisante et facilement supportable.

On fera une incision sur le bord externe du grand droit et parallèle à ce muscle. On extériorisera légèrement la pointe de la vésicule si possible, et on ponctionnera avec un trocart pour emmener le liquide purulent loin de la plaie abdominale. La ponction (point où sera plus tard la bouche et le drain) doit être faite un peu haut sur la face antérieure de la vésicule, c'est-à-dire très proche du bord antérieur du foie. Il y a intérêt à prendre cette précaution, car il ne faut pas oublier que la vésicule est très dilatée, et surtout aux dépens de sa paroi inférieure. Si donc on ponctionne bas, au moment de la rétraction de la vésicule, pendant l'écoulement du liquide, l'ouverture ira occuper la partie inférieure de la vésicule, et on sera gêné; il pourra même y avoir irruption de pus dans la cavité abdominale. Au moment de drainer, surviendra une autre complication, l'ouverture faite par le trocart dans la vésicule ne correspondra plus à l'ouverture cutanée et le drainage sera difficile.

Il est cependant essentiel de bien drainer cette vésicule pour favoriser l'écoulement du pus, et permettre à tous les petits calculs qu'on aurait pu laisser pendant l'examen

de la vésicule, de s'échapper, car un seul calcul laissé dans l'intérieur empêche, une fois le drain enlevé, la fermeture du trajet.

Il est prudent d'explorer avec un doigt l'entrée du cystique, car souvent un gros calcul est plus ou moins fixé à son entrée.

On drainera avec de gros tubes. Au bout de huit à dix jours, on enlève le drain et on attend la fermeture complète de la fistule. Parfois, on a, pendant quelques jours, un léger écoulement de bile, mais sans importance et rapidement la vésicule peut reprendre ses fonctions.

Pour éviter la fistule biliaire, on fait manger les malades le plus tôt et le plus souvent possible. Un léger repas, comprenant un bol de lait ou de bouillon, est donné toutes les heures, et maintient constamment ouvert le sphincter d'Oddi. Dans l'observation IX, l'écoulement fistulaire qui tachait les compresses en vert, a diminué dès que ce régime a été institué, et a complètement cessé en peu de jours.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Duc à l'obligeance de M. le professeur agrégé PATEL).

M^{me} G... (Oyonnax), 75 ans.

La malade ne présente rien dans les antécédents personnels ni héréditaires. Mari mort d'accident, pas de grossesse, ménopause à 47 ans.

Cependant, la malade souffre depuis 25 ans de digestions laborieuses, quelquefois même légèrement douloureuses. Après l'effort ou la fatigue, la douleur est plus vive, localisée sous les fausses côtes du côté droit, mais toujours vite dissipée.

Depuis un mois, ces souffrances se sont brusquement exagérées. Progressivement, elles ont atteint un degré assez violent, elles sont arrivées à limiter certains mouvements.

La malade n'est cependant au lit que depuis trois jours, au moment où nous la voyons pour la première fois, le 1^{er} septembre 1912.

Elle nous raconte que l'avant-veille, elle a été prise brusquement d'un frisson généralisé avec sensation de froid. Son médecin lui conseille de se coucher.

Sa température axillaire est à ce moment de 38°2.

Les douleurs de l'hypocondre droit sont assez vives pour que la malade ait de la difficulté à s'asseoir sur son lit.

Le 1^{er} septembre, au moment de notre examen, la température rectale est de 37°4.

Depuis quelques jours, on a pu percevoir, dans l'hypocondre droit, une tumeur volumineuse descendant jusque

vers la crête iliaque; cette tumeur est rénitente, légèrement douloureuse à la pression, si bien que le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu est porté.

Cette masse est peu mobile, mais est parfaitement perçue sous la peau.

Le toucher vaginal ne révèle rien d'anormal, les culs-de-sac sont libres, et l'utérus n'est pas attiré en haut, il est très mobile et atrophie.

On porte le diagnostic de vésicule distendue, calculeuse probablement, en imminence de suppuration.

On institue un traitement d'attente, avec immobilisation, glace sur l'hypocondre droit, on recommande de prendre soigneusement la température rectale matin et soir. On donne à la malade du bouillon maigre et du lait.

-Si rien de nouveau ne survient on doit revoir la malade dans huit jours.

La malade n'a, en effet, rien présenté de nouveau, et quand nous la revoyons, le 8 septembre, les douleurs ont été presque complètement calmées par la glace. Elle n'a pas fait de température, sauf un seul soir, 37°4.

L'état est donc aussi bon que possible, seule la tumeur n'a pas diminué. Cette masse est tellement dure et tendue, on la sent si bien à fleur de peau, que devant l'imminence d'une rupture et malgré l'âge de la malade on décide l'intervention.

La malade est opérée le 10 septembre 1912.

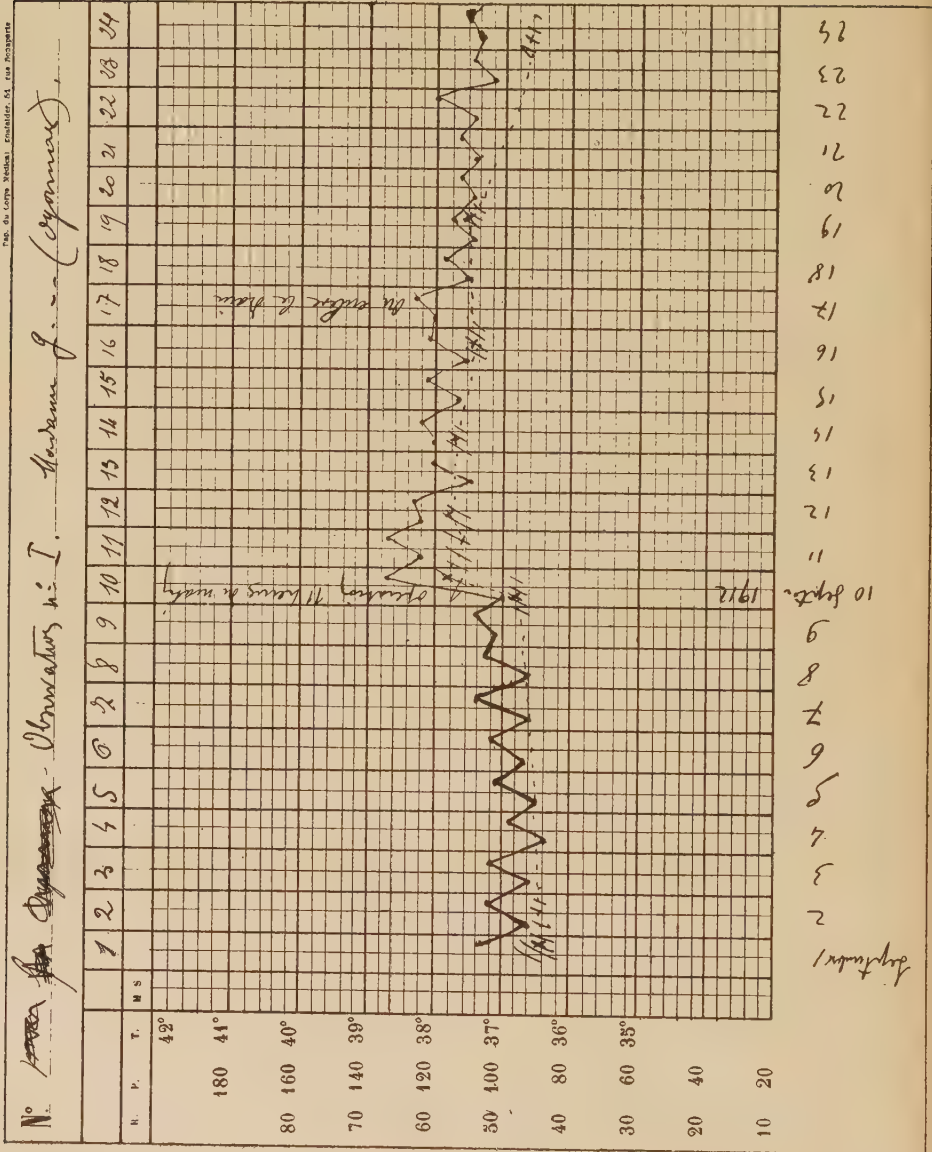
Laparotomie sur le bord du grand droit, découverte facile de la vésicule, qui est énorme.

Les parois sont épaisses et présentent une couleur grisâtre.

On pratique une ponction évacuatrice de la vésicule au moyen d'un trocart et on recueille un litre et demi de pus. Ce pus était d'une couleur verdâtre.

La vésicule est explorée avec soin; on ne trouve pas de calcul dans la vésicule, mais un gros calcul occupait l'embouchure du canal cystique.

Voici la courbe de température de notre malade :



La vésicule, une fois vidée complètement, est drainée avec un gros tube, qui assure un écoulement parfait pendant les jours suivants.

Le 17, on enlève le drain.

Le 25, la malade est complètement guérie.

Revue deux mois après, la malade est en parfait état de santé.

OBSERVATION II

(De M. le professeur PIC, *in* thèse Lafon.)

Cholécystite avec obstruction du cystique, phénomènes pulmonaires réflexes, forme broncho-pneumonique de la lithiase biliaire chez le vieillard.

Rich..., 72 ans, journalier, entre à l'hôpital le 9 janvier 1911, avec une dyspnée intense et une toux fréquente. La malade se couche sur le côté droit de préférence. T. 38°2, l'interrogatoire ne donne que peu de renseignements.

A l'examen du poumon : à gauche, rien d'anormal, à la percussion ; à droite, sonorité augmentée en arrière.

Palpation normale.

A l'auscultation : à droite, en arrière, sibilances et râles muqueux au sommet. A la base, prédominance de râles muqueux et un foyer de râles sous-crépitaants. A gauche, à la base, râles muqueux nombreux.

En avant, ronchus et quelques râles fins des deux côtés, pas de modification dans la transmission de la voix. Trente-six respirations à la minute.

Cœur : pointe dans le 7^e espace, bruits sourds à l'orifice pulmonaire et aortique. Pouls à 140.

Pendant l'auscultation, la malade se plaint de la région hépatique. A ce niveau, on note des pulsations synchrones à la systole ventriculaire et de la défense pendant cet examen.

Appareil digestif : langue blanche, incontinence des matières, urines albumineuses.

Le 12, abcès de fixation. Pouls, 128. R., 32. Foyers de râles fins au tiers supérieur gauche et à la base droite.

Le 14, amélioration.

Le 25, cachexie extrême. La malade meurt.

Autopsie (26 janvier 1911) : poumon emphysémateux, aucun foyer d'hépatisation ni même de congestion. Cœur normal; foie, 810 grammes, gras; vésicule énorme, contenant 100 grammes de pus, bien lié, avec une quinzaine de petits calculs octaédriques blancs.

Gros calcul à l'origine du cystique; parois de la vésicule un peu sclérosées.

Rate, 110 grammes. Scléreuse. Reins un peu sclérosés, autres organes normaux.

En somme, on eut affaire ici à des phénomènes pulmonaires réflexes, chez une lithiasique presque latente, puisque l'on avait eu pendant la vie qu'une simple douleur dans le côté droit.

OBSERVATION III

(In thèse Cadéac, Paris.)

Femme de 60 ans, entre dans le courant de 1890, salle Bouillaud (hôpital Tenon), dans le service de M. le docteur Landouzy.

Cette femme n'avait jamais été malade, et faisait remonter le début des accidents à un mois seulement.

Les symptômes qu'elle accusait étaient une sensation générale de fatigue et d'affaiblissement, en même temps qu'une perte complète de l'appétit.

En examinant les divers organes, on ne trouvait aucune altération apparente, ni du côté du tube digestif, ni du côté de l'appareil pulmonaire.

Il n'y avait pas d'albumine dans l'urine

En explorant la région du foie, on notait une légère augmentation du volume de cet organe.

Pas de douleur à la pression.

Le cœur et les artères donnaient les signes classiques d'une artério-sclérose généralisée.

Ce fut le seul diagnostic qu'on put porter et tous les phénomènes furent mis sur son compte.

Cette malade est restée un mois à l'hôpital, et tous les symptômes qu'on a pu relever par une exploration rigoureuse sont les suivants :

A différentes reprises, des frissons avec une légère élévation de la température vespérale. On ne trouvait aucune trace d'impaludisme pour les expliquer.

En présence de ces phénomènes, on songea à une suppuration localisée, mais on ne put la découvrir.

La malade mourut avec les signes ordinaires de l'insuffisance rénale.

L'autopsie confirma cette manière de voir, les reins étaient ceux d'une néphrite interstitielle, mais les lésions les plus graves étaient localisées dans le foie.

Les canaux biliaires dilatés étaient remplis par du pus et autour, en certains points, on trouvait de petites poches purulentes.

La vésicule biliaire contenait du pus, mais n'était pas augmentée de volume.

Un calcul très volumineux oblitèrait le canal cystique.*

OBSERVATION IV

(In thèse Cadéac, Paris.)

Cholécystite suppurée, avec signes d'insuffisance rénale.

H..., 71 ans (femme). La malade entre à l'hôpital le 26 juin 1890. Les antécédents pathologiques, héréditaires et personnels sont nuls. Réglée à 15 ans. Ménopause à 50. 4 enfants, 3 fausses couches.

La maladie a débuté il y a un an par des douleurs lombaires. Depuis quatre mois, on a constaté de l'œdème des membres inférieurs, céphalée, crampes dans les mollets, troubles visuels, parfois doigt mort. Pollakiuries. Urines tantôt rares, tantôt abondantes.

A l'examen, l'œdème persiste, il y a un cœur irrégulier, bruit de galop. Pouls irrégulier et fort. Artères athéromateuses.

Foie ni gros, ni douloureux, pas d'albumine. La malade est mise au repos et au régime lacté. Elle allait bien, lorsque le 19 novembre les urines deviennent rares (un litre à peine). Œdème, albuminurie; 15 grammes d'eau de vie allemande sont donnés, on applique des ventouses sur la région lombaire.

Le 20, anasarque, dyspnée intense; la caféine n'a aucune action. La malade continue avec des symptômes d'insuffisance rénale, elle n'a jamais de température.

Elle meurt le 14, comme une rénale.

Autopsie. — Cadavre œdématié. Bases pulmonaires congestionnées. Cœur non dilaté. Foie, 2.000 grammes. Quelques îlots de sclérose. La vésicule est volumineuse, avec du pus dans son intérieur. Quelques calculs dans le cystique.

Rein, volume normal. Plus de substance corticale. Décapsulation facile. Les pyramides sont colorées en jaune. Rate petite. Rien aux autres organes.

OBSERVATION V

(NAUNYN. — *In* thèse Dominici.)

Femme X..., âgée de 67 ans.

Empyème de la vésicule biliaire. Entrée le 7, morte le 15 octobre 1871.

Le 8, ponction de la vésicule, donne un liquide séro-purulent blanchâtre, qui, vu au microscope, contient des débris granuleux, de nombreux globules de pus, quelques éléments épithéliaux de forme polygonale.

Les cultures donnent un micro-organisme ressemblant au *Bacterium coli* commune.

OBSERVATION VI

(GILBERT et DOMINICI. — *In* thèse Dominici.)

Femme âgée, morte de cholécystite suppurée. Rien dans ses antécédents ne fit supposer une cholécystite suppurée.

Autopsie. — Vésicule petite, contenant un liquide mucopurulent. La vésicule est divisée par des cloisons en petites logettes contenant chacune de petits calculs. Les parois de la vésicule sont épaissies aux points d'où partent les cloisons, et sont amincies en d'autres points.

Histologiquement, la muqueuse est desquamée de son épithélium. Disparition des villosités glandulaires. Sous-muqueuse infiltrée de leucocytes; la paroi contenait de petits abcès.

Bactériologie. — *Bacterium coli* commune.

OBSERVATION VII

(LUCIEN et PARISOT. — *Revue Médicale de l'Est*, 1905.)

Cholécystite suppurée. — Fistule abdominale. — Abcès du foie.

M^{me} X..., 75 ans, couturière, entre à l'hôpital en août 1899. Son mari est mort tuberculeux, elle a eu deux enfants qui sont morts. Il y a huit ans, elle a souffert de coliques hépatiques et a eu de l'ictère. Elle tousse, crache depuis; dyspnée d'effort. Vers 50 ans, hémoptysie.

L'appareil respiratoire présente au sommet de chaque poumon des signes de ramollissement. L'expectoration est mucopurulente; pas de bacilles de Koch.

La malade se plaint de troubles digestifs (anorexie, di-

gestions pénibles, ballonnement du ventre). Le diagnostic porté est tuberculose avec hémoptysie.

Etat stationnaire jusqu'en 1904. A ce moment, frisson, température 39°2. Douleur sous le rebord costal droit et dans l'épaule. Vomissements bilieux. Constipation, urines hépatiques.

Examen. — Subictère, abattement; foie normal; température 38°1, le lendemain 38°. La douleur empêche la malade de se coucher sur le côté droit. Etat un peu fébrile le soir. Râles sous-crépitaants. Les signes ictériques font penser à une rémittente hépatique.

Huit jours après, 9 février, tumeur fluctuante dans l'hypocondre droit. Chaque soir 39°. Le 25 février, la douleur diminue et la tumeur augmente. Les mêmes signes persistent jusqu'en mars.

A droite de l'ombilic apparaît alors une saillie, globuleuse, mate, rémittente. La peau est rouge, luisante, on pense à une hernie étranglée possible.

Le 26 mars, ouverture spontanée à la peau. 600 grammes de pus fétide. Pansement aux compresses bouillies.

Jusqu'en novembre, il sortit, par la plaie, 40 petits calculs. L'état général est excellent; seul un liquide séro-purulent s'écoule de la fistule.

Le 16 novembre, nouvelle crise douloureuse. Dyspnée.

Le 18, température 38°.

Le 20, dyspnée intense, râles dans tout le poumon. Cyanosé, coma. Hémorragies sous-cutanées, vomissements biliaires. Mort le 25 novembre.

Autopsie. — Vésicule non atrophiée, trajet fistuleux, abcès du foie par angiocholite ascendante. Poumon congestionné. Rate molle, volume normal.

OBSERVATION VIII

(M. PAVIOT. — In thèse Bompard.)

Démontrant la possibilité d'une péritonite aiguë septique et mortelle, d'origine vésiculaire, sans perforation du cholécyste.

C... Sophie, 66 ans, cuisinière, entre à l'hôpital du Peron, le 2 décembre 1890. Père mort à 66 ans, probablement d'accident, mère morte à 68 ans, d'affection inconnue. 7 enfants.

A 20 ans, la malade a eu une typhoïde, qui lui a laissé une prédisposition aux refroidissements. Réglée à 20 ans, d'une manière toujours régulière, mais peu abondante. Mariée à 29 ans, elle a eu trois enfants bien portants, le mari est mort à 59 ans d'affection inconnue. Les digestions sont bonnes; constipation ordinaire; les urines sont normales.

5 septembre 1901. — Depuis trois jours, la malade éprouve, dans tout le flanc droit, une douleur qui est née lentement pendant la nuit, empêchant tout sommeil. Hier, les douleurs étaient devenues assez aiguës, et la nuit passée la malade a vomi. Elle n'est pas ictérique.

La douleur s'irradie à l'aîne droite. Cependant, à la palpation, tout l'hypocondre droit est douloureux; il y a deux points de douleur maxima, la fosse iliaque droite et le creux épigastrique.

9 septembre. — La température est de 37°6 le matin, 38° le soir. Les douleurs abdominales diminuent; elles persistent encore, assez marquées au creux épigastrique, et dans un point répondant au point de Mac Burney. La langue est encore saburrale; enfin, les douleurs ont suffisamment diminué pour que la malade ait pu dormir.

13 septembre. — Les douleurs ont disparu.

8 avril 1902. — Depuis cinq jours, la malade a présenté une scène semblable à celles qu'elle a eues plusieurs fois

déjà : douleurs dans l'hypocondre droit, sans irradiations à l'épaule droite, vomissements alimentaires, peut-être un léger subictère des conjonctives.

Le foie n'est pas gros ; la palpation et la percussion sont un peu douloureuses.

Hier soir, dans l'après-midi, la malade a été reprise d'une douleur plus violente qu'auparavant : dans ses efforts violents de vomissements il y eu quelque peu de sang mélangé de glaires. Dans les urines, la réaction de Gmelin décele des pigments biliaires ; un peu d'albumine.

20 mai 1902. — Retour de ces accidents, la malade descend à nouveau à l'infirmerie, mais de la glace calme vite les douleurs.

29 juillet 1902. — On est appelé auprès de la malade, qui a été prise de douleurs dans le flanc droit depuis cette nuit. La pression de la vésicule est douloureuse. Il y a eu vomissement ; pas d'ictère. Température 39°.

30 juillet. — La malade souffre beaucoup, elle est inquiète, agitée, mais sans délire. Vomissements fréquents, 39°4. L'exploration de la vésicule est douloureuse, mais le ventre est assez souple pour que la palpation soit possible partout. Dans l'après-midi, il y a un frisson. On fait une piquûre de morphine.

31 juillet. — La malade meurt sans signes particuliers.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale s'échappent des gaz et la paroi s'affaisse. Péritoine pariétal, rouge, vasculaire, violacé, avec exsudats blancs jaunâtres. Il y a dans le fond de la cavité un liquide roussâtre louche.

L'épiploon adhère à la vésicule, au point de jonction de la vésicule et du bassinet (de Lejars).

La vésicule est très grosse. Elle déborde le foie de 3 ou 4 centimètres, a une longueur totale de 13 centimètres de son fond au col. Elle est arrondie, ressemblant à une aubergine. A la palpation, elle est molle, dépressible, et on comprend que, chez le vivant, placée sous une épaisse couche de graisse, on ne l'ait pas sentie.

Elle est blanche, plaques blafardes ; certaines parties sont amincies, mais en aucun point il n'y a de perforation.

Il y a du pus dans le cholédoque ; un cathétérisme impossible du cystique paraît dû aux valvules normales de ce canal. Cependant, à l'ouverture, on voit qu'il contient des calculs.

La paroi de la vésicule est épaisse, de couleur grisâtre, avec des plaques vertes, d'aspect gangreneux. Un tissu lardacé unit la face supérieure de la vésicule à la face inférieure du foie.

Le foie présente une pâleur générale, avec quelques plaques violacées, mollasses, qui, incisées, se vident d'un contenu hémorragique, mais non franchement purulent. S'il y a angiocholite, il n'y a pas d'abcès visible à l'œil nu.

La rate est grosse, et sa pulpe ramollie.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance de M. le docteur TERMIER, chirurgien en chef des Hôpitaux de Grenoble.)

Cholécystite suppurée chez une femme de 69 ans. — Incision simple. — Issue de pus et de calculs. — Fistule biliaire pendant six semaines environ. — Guérison spontanée sans nouvelle intervention.

Marie D..., 69 ans, veuve depuis 21 ans, a eu 4 enfants encore vivants ; pas de fausses couches. Rien de spécial à signaler comme antécédents héréditaires ou personnels. La malade n'a jamais eu de coliques hépatiques ni d'ictère.

Au mois de mai 1910, la malade commence à souffrir dans la région de l'hypocondre droit. Quelques lancées douloureuses à l'épigastre et dans tout le côté droit. Elle se plaint de souffrir de coliques. Le médecin qui l'a soignée fait le diagnostic de colique hépatique et la soigne en conséquence. Aucune amélioration appréciable. Au contraire, les douleurs augmentent et obligent la malade à rester couchée.

Les moindres mouvements sont très douloureux. Il paraît y avoir eu de la température le soir, mais elle n'a pas été prise régulièrement.

Le 3 avril, la malade est amenée à Grenoble, chez des parents à elle. Appelée à la visiter, je trouve une femme très amaigrie, le teint est terreux, mais sans véritable ictère. La malade appelle de suite l'attention sur son hypocondre droit. La palpation y est très douloureuse et révèle une tumeur assez tendue, non fluctuante, occupant la région de la vésicule biliaire. Légère voussure à ce niveau, malgré une contracture nette des muscles abdominaux. La peau n'est pas rouge, mais un peu adhérente. Température 38°6 le matin de l'opération.

Opération. — Anesthésie locale au chlorure d'éthyle et incision de 4 à 5 centimètres de longueur. Incision de la peau d'abord, de l'aponévrose ensuite. A peine celle-ci est-elle ouverte qu'il s'écoule environ un verre de pus brunâtre avec cinq ou six petits calculs biliaires et un peu de boue biliaire verdâtre. Le doigt introduit prudemment dans l'excavation conduit dans une cavité plongeant profondément, directement en arrière. Un gros drain est laissé dans cette cavité et quelques lavages sont faits les jours suivants avec de l'eau oxygénée et amènent encore de la boue biliaire.

La température tombe rapidement en trois ou quatre jours, le lendemain un cathétérisme du cystique est inutilement tenté. Il ne s'écoule pas de bile par l'incision.

La malade a été constipée pendant plusieurs jours. Le 5^e jour, une purgation amène une véritable débâcle de matières normalement colorées.

Au 6^e jour, après un lavage, issue de quelques gouttes de bile jaunâtre. Le drain est enlevé. Les jours suivants, l'écoulement biliaire augmente, indiquant que la perméabilité du cystique est revenue.

L'état de la malade est désormais très bon. Elle commence à se lever dans un fauteuil. On la soumet à un régime consistant à faire toutes les heures un petit repas :

dès le lendemain, l'écoulement biliaire diminue beaucoup.

Au 10^e jour, la malade demande à rentrer chez elle ; elle n'a plus qu'un léger écoulement biliaire pur, tachant à peine deux ou trois compresses par jour. La plaie est en plein bourgeonnement.

Au 12^e jour, elle rentre chez elle.

Des renseignements, récemment parvenus, nous apprennent que la fistulette biliaire a continué pendant un mois et demi environ, puis s'est fermée brusquement. L'état général est resté satisfaisant et, à l'automne, la malade a pu faire les vendanges. Sa santé s'est maintenue jusqu'au mois d'octobre 1912, époque à laquelle elle est décédée, nous a-t-on dit, de congestion pulmonaire. Elle n'avait pas souffert de son foie.

OBSERVATION X

(In thèse Dreyfuss, Lyon, 1902).

M^{me} C..., 62 ans, sans profession. Pas d'antécédents héréditaires, bonne santé antérieure. Elle aurait eu, dit-elle, une grippe il y a trois mois. Brusquement, vers la fin de janvier 1902, elle ressentit de vives douleurs au creux épigastrique, avec irradiations dans l'hypocondre droit, et dans la fosse iliaque du même côté. Ces douleurs, extrêmement pénibles, étaient à peine calmées par des injections de morphine et le contact des draps était insupportable. Elles revenaient pas accès d'une durée de quatre à cinq jours, séparées d'abord par des intervalles beaucoup plus longs. En dernier lieu, les accès étaient subintrants et presque continus ; ils s'accompagnaient de vomissements bilieux, avec régurgitations acides. Constipation opiniâtre, la malade n'a jamais présenté d'ictère. Jamais d'irradiations douloureuses dans l'épaule droite. A la fin de chaque accès, l'anurie, qui était absolue durant la crise, disparaissait, et la malade émettait des urines abondantes.

M. Vallas, qui voit la malade un peu avant son entrée à l'hôpital, constate à ce moment, dans les premiers jours du

mois de mars, un léger ballonnement de l'abdomen et une tuméfaction volumineuse dans la région du flanc. Cette tuméfaction allongée, superficielle, située immédiatement sous la paroi abdominale, descend jusqu'un peu au-dessous d'une ligne horizontale passant par l'épine iliaque antérieure et supérieure; cette masse est très douloureuse à la pression, et le maximum de la sensibilité à la palpation répond à la fosse iliaque droite. Elle est mate à la percussion, non mobile.

Le diagnostic est d'abord hésitant entre cholécystite et appendicite.

Mais à une palpation profonde la tumeur paraît se prolonger à la partie supérieure, sous la face inférieure du foie, et la percussion montre la continuité avec la matité hépatique; on constate de plus une bande sonore entre la limite inférieure de la tumeur et l'arcade crurale. Ces derniers signes, ainsi que la localisation primitive des douleurs, permettent à M. Vallas de poser le diagnostic de cholécystite, et la malade est envoyée à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour l'intervention.

Opération le 20 mars. Incision en dehors du grand droit, au niveau de la partie supérieure de la tumeur. La vésicule biliaire est volumineuse, descend dans la fosse iliaque et présente des adhérences très épaisses à sa partie supérieure. L'incision est faite au sommet de la vésicule, et fait sortir deux calculs de la grosseur d'une noix, de petits calculs semblables à des grains de plomb, et une grande quantité de liquide purulent noirâtre.

On suture les parois au-dessus de la vésicule, qui est abouchée à la paroi abdominale. Guérison rapide.

OBSERVATION XI

(In thèse Dreyfuss, Lyon 1902.)

Il s'agit d'une femme d'une soixantaine d'années environ, n'ayant jamais présenté aucun symptôme de lithiase biliai-

re, qui brusquement est prise de fièvre, de vomissements et de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite, avec irradiations dans toute la moitié droite de l'abdomen. Constipation depuis plusieurs jours. Jamais d'ictère. Dès l'inspection de la paroi abdominale, on peut constater une tuméfaction allongée de bas en haut au niveau de la région cœcale. Léger tympanisme. La sensibilité à la pression est extrême, son maximum répond, non pas exactement au point de Mac Burney, mais un peu au-dessus. Dans la fosse iliaque on sent, par la palpation, une masse allongée difficile à bien délimiter, non mobilisable.

M. Vallas pense à une appendicite à siège un peu élevé, et décide l'opération immédiate.

Incision sur le grand axe de la tumeur, au niveau du bord externe du grand droit. On se trouve en présence d'une tumeur bien allongée ; c'est la vésicule biliaire très distendue, dont le pédicule est fortement étiré à la partie supérieure et se termine en s'évasant.

Des adhérences péritonéales récentes, peu étendues, fixent la vésicule à la paroi abdominale. Cholécystostomie. L'incision fait sortir une grande quantité d'un liquide louche, mais non franchement purulent et quelques calculs.

Guérison.

OBSERVATION XII

(In thèse Bricka, Lyon.)

En juin 1898 entrant à l'Hôtel-Dieu, dans le service du docteur Jaboulay, un homme âgé de 60 ans, présentant les signes d'une péritonite généralisée : facies grippé, vomissements fréquents, pouls rapide et filiforme, distension de l'abdomen. Pas d'ictère, l'état général est grave.

L'absence de renseignements sur le passé pathologique du malade et la difficulté d'avoir des réponses précises sur l'évolution de la maladie actuelle rendaient le diagnostic étiologique fort délicat. Néanmoins, en raison de la rapidité

d'évolution de la péritonite, on pouvait penser à une perforation intestinale (appendicite) se basant sur la prédominance de la douleur au côté droit.

M. Jaboulay se résolut à pratiquer d'urgence la laparotomie latérale droite.

Opération. — Incision au niveau de la fosse iliaque. La séreuse péritonéale a une teinte verdâtre; il s'écoule un liquide rouge mêlé de bile, l'appendice est sain.

L'état général du malade ne permettant pas une plus longue observation, on fait le pansement avec drainage de la cavité abdominale. Mort deux jours après. On trouve, à l'autopsie, des lésions de péritonite diffuse, une poche purulente au-dessous du foie, et une perforation de la vésicule.

OBSERVATION XIII

(Due à l'obligeance de M. le docteur SAUVAGE, Grenoble.)

M. X..., 72 ans.

Rien de remarquable dans les antécédents héréditaires. Personnellement : fièvre typhoïde vers l'âge de 20 ans, et quelques rares poussées de bronchite en hiver. Homme très robuste, ayant toujours mené une vie active.

Il y a douze ans, poussée d'ictère, ayant duré quelques semaines, précédée d'un état digestif et accompagnée de douleurs dans l'épaule droite. Le retour à la santé fut assez rapide, et le malade ne se serait plus inquiété de rien s'il n'avait ressenti assez fréquemment des points au côté droit et des douleurs dans l'épaule droite, qui l'amènèrent même à consulter une ou deux fois et firent penser à de la pleurite.

Au commencement de septembre 1912, X..., dont l'état était déjà mauvais depuis quelques jours, se sent pris de nausées, frissons, et état syncopal, qui l'obligent à se mettre au lit en même temps qu'une nouvelle poussée d'ictère fait son apparition.

Un mois et demi après le début de ces accidents, je vois le malade pour la première fois, son état est le suivant : ictère foncé, démangeaisons insupportables, qui ne laissent au malade aucun repos, langue sale, inappétence complète, constipation opiniâtre, douleurs intermittentes dans l'épaulé droite. Le foie est volumineux, la région vésiculaire paraît nettement empâtée, la palpation est peu douloureuse. Le malade accuse de temps en temps, tous les deux ou trois jours, des frissons suivis de sueurs. La température, prise régulièrement, atteint quelquefois 37°8 le soir, elle est montée une seule fois à 38°1.

L'histoire du malade fait donc penser à une obstruction calculeuse et une intervention chirurgicale est proposée à la famille, qui la repousse. J'institue donc un traitement contemplatif, d'ailleurs sans conviction.

Vers le commencement du mois de novembre, un membre de la famille, frappé de l'inactivité du traitement médical, demande en consultation M. le docteur Jacquemet. A ce moment, le malade est notablement affaibli, une vésicule très nette, de la grosseur d'une poire, est apparue sous le foie.

Cette vésicule a sa paroi tendue, mais n'est nullement douloureuse au palper, et paraît très mobile sous la main.

M. Jacquemet confirme le diagnostic de cholécystite suppurée avec obstruction calculeuse et présente l'intervention chirurgicale comme l'unique chance de salut.

Opération le 2 novembre 1912. Température le matin de l'intervention, 37°3. Anesthésie au Billroth. Incision de Kehr. Dès l'ouverture du péritoine, je constate que celui-ci est rouge et enflammé. Il y a deux ou trois adhérences épiploïques à la vésicule, qui sont détachées sans difficulté.

La vésicule est rouge, tendue, la présence de pus dans sa cavité ne fait aucun doute.

Je pratique un rapide examen des voies biliaires et des calculs sont constatés dans le cystique et le cholédoque. Une ponction donne issue à 250 grammes de pus séreux et je termine par un simple drainage de la vésicule.

Le soir de l'intervention, température, $37^{\circ}8$, le pouls reste bon ; le malade se plaint de douleurs assez vives dans la région hépatique. Le lendemain matin, le pouls n'est pas rapide, mais on constate quelques intermittences, le malade paraît assez affaibli. Température, $37^{\circ}7$. Le drain a donné issue à du pus mêlé de sang ; pas de bile, mais au fond du bozal on trouve une cinquantaine de calculs, variant de la grosseur d'un pépin de raisin à celle d'un pois.

Le deuxième jour, les douleurs ont disparu. Pas de vomissements ; le malade est très affaibli, il parle avec difficulté. Le pouls n'est pas rapide, mais très faible. Température, $37^{\circ}8$, et nouvelle émission de calculs.

Le malade meurt dans le coma le soir du troisième jour.

CONCLUSIONS

I. — La cholécystite suppurée d'origine calculieuse est rarement observée chez le vieillard. Les femmes sont le plus souvent atteintes.

II. — Les symptômes sont insidieux et fugaces, rarement groupés. Les troubles digestifs sont peu marqués, la température peu élevée, la douleur mal localisée. Il existe une tumeur droite bas située placée immédiatement sous la peau et mobile s'il n'y a pas de péricholécystite.

III. — L'évolution est en général progressive. L'ouverture peut se faire spontanément à la paroi abdominale, ou dans un viscère voisin.

Plus rarement on a des phénomènes du côté du foie; angiocholite ascendante ou abcès du foie.

IV. — Le diagnostic est difficile. Il sera fait avec certaines formes d'appendicite ou de colites suppurées, certains abcès antéro-inférieurs du foie, certains néoplasmes suppurés de cette région.

V. — Le traitement chirurgical est indiqué si l'état général le permet. Son pronostic est beaucoup plus bé-

nin dans les cas de lésions vésiculaires simples sans participation du cholédoque.

La cholécystostomie, opération simple, sera suffisante dans la plupart des cas, elle donne d'excellents résultats.

Vu :

Vu :

Le Président de la thèse,

Le Doyen,

A. PIC.

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 2 juillet 1913.

Le Recteur Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

Bulletins de la Société Anatomique.

BOMPARD. — Péritonites aiguës d'origine vésiculaire, sans perforation de la vésicule (th. Lyon, 1902-1903).

CADÉAC. — Cholécystites suppurées (th. Paris, 1890-1891).

CYR. — *Traité pratique des maladies du foie.*

DOMINICI. — Angiocholites et cholécystites suppurées (th. Paris, 1893-1894).

DREYFUSS. — Du diagnostic différentiel de la cholécystite et de l'appendicite (th. Lyon, 1902-1903).

DUPLAY et RECLUS. — *Traité de Chirurgie.*

DUPRÉ Ernest. — Les infections biliaires; étude bactériologique et clinique (th. Paris, 1891-1892).

DURAND-FARDEL. — *Traité des maladies des vieillards* (Paris, 1894).

GAND. — De l'appendicite chez les sujets âgés (th. Lyon, 1906-1907).

LAFON. — La lithiasie biliaire chez le vieillard (th. Lyon, 1911-1912).

LIONNAIS. — *Tumeurs de l'hypocondre droit formées par la vésicule.*

LUCIEN et PARISOT. — Un cas de cholécystite suppurée chez le vieillard (*Revue Médicale de l'Est*, 1905).

PIC et BONNAMOUR. — *Précis des maladies des vieillards* (collect. Testut).

Revue de Chirurgie.

STERNE. — Contribution à l'étude de la lithiasie biliaire chez le vieillard (th. Nancy, 1895-1896).

TESTUT. — *Traité d'anatomie descriptive.*

TRIPPIER et PAVIOT. — *La péritonite sous-hépatique d'origine vésiculaire.*

